SLAVIA POJIŠŤOVNA

Číslo pojistné události

Číslo pojistné smlouvy

Oznámení události
Rizikové pojištění PRO Zdraví

1. Datum a místo události

Datum

Místo

2. Pojistník

Jméno a příjmení / Obchodní jméno

Rodné číslo

Adresa / sídlo

E-mail

Telefon

3. Pojištěný / Koho se pojistná událost týká

Jméno a příjmení

Rodné číslo

Datum narození

Bydliště

4. Osoba pověřená projednáním škodní události (vyplní se pouze je-li odlišná od pojistníka)

Jméno a příjmení

Rodné číslo

Vztah k pojistníkovi

Bydliště

Kontaktní adresa*

* *vyplňte pouze v případě, je-li odlišná od adresy trvalého bydliště*

Telefon

E-mail

Bankovní spojení

Specifický symbol

5. Pojistná událost

☐ Úmrtí úraz / úraz v automobilu / náklady pohřbu ☐ Invalidita (I., II. nebo III. stupeň) ☐ Trvalé následky úrazu ☐ Pracovní neschopnost

☐ Hospitalizace ☐ Závažné onemocnění ☐ Denní odškodné za léčení úrazu ☐ Ošetřování dítěte

Popis události

Řešila událost Policie ČR? ANO ☐ NE ☐ Pokud ano, uveďte název útvaru a číslo jednací

Byl jste již dříve léčen pro uvedený úraz/nemoc? NE ☐ ANO ☐

6. Způsob zaslání pojistného plnění

☐ Bankovním převodem Číslo účtu _____ Kód banky _____

☐ Složenkou Jméno, příjmení, adresa _____

7. Ošetřující lékař

Jméno a příjmení _____

Adresa _____

E-mail _____ Telefon _____

8. Stálý ošetřující lékař

Jméno a příjmení _____

Adresa _____

E-mail _____ Telefon _____

9. Základní podklady potřebné pro likvidaci

☐ Úmrtní list ☐ Lékařská zpráva/Informace o příčině úmrtí ☐ Obmyšlená osoba/účastníci dědického řízení

☐ Faktura za pohřeb ☐ Lékařská zpráva z 1. ošetření ☐ Hospitalizace – propouštěcí zpráva

☐ Zdravotní dokumentace k pracovní neschopnosti ☐ Posudek o trvalé invaliditě ☐ Rozhodnutí o přiznání invalidity

Zplnomocňuji tímto podle § 50 a § 51 tr. řádku (§ 33 spr. řádu) pracovníka Slavia pojišťovny, a.s., aby ve smyslu § 65 tr. řádu (§ 38 spr. řádu) pro potřeby likvidace výše uvedené škodní události nahlížel do vyšetřovacího spisu Policie ČR, činil z něho výpisky, pořizoval si na vlastní náklady kopie.

Počet příloh _____

Prohlašuji, že veškeré mnou uvedené údaje jsou správné a odpovídají skutečnosti.

V _____

Dne _____

Podpis pojistníka

T. č.: 0108160/2022/160